

別記様式第4号

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定辞退申出書

医療機関	名 称	
	所在地	〒 (電話)
当初指定年月日 及び通知番号		
指定医療機関としての医療の 担当を終了する年月日		
指定を辞退する理由		

※注意事項：指定を辞退する場合は，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第65条の規定に基づき，1か月以上の予告期間が必要である。

上記のとおり障害者自立支援法第65条の規定により指定を辞退したいので申し出ます。

年 月 日

医療機関の開設者

住 所

氏 名

(あて先) 新潟市長